

# Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten Menschen mit Migrationshintergrund – wer kümmert sich?

PROF. DR. HELENE BASU, INSTITUT FÜR ETHNOLOGIE DER WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER



**W**ird in Statistiken und in Verwaltungskategorien in Deutschland lediglich zwischen „Inländern“ und „Ausländern“ unterschieden, so verdeckt dies die unterschiedlichen Motive und Prozessstufen von Migration. Das deutsche Gesundheitswesen ist dabei zum Mikrokosmos einer zunehmend vielfältiger werdenden Gesellschaft geworden. Diese Pluralisierung wird im Bereich der Psychiatrie besonders deutlich. In der Forschung wird kontrovers diskutiert, ob Migranten ein erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken. Wird Migration als ein Generationen-übergreifender Prozess verstanden, dann ist es möglich, die psychischen und sozialen Konflikte von Migranten in den verschiedenen Phasen von Migration zu verstehen. Klinische Studien zur Distribution von Krankheitsbildern unter Migrantenpopulationen verschiedener Herkunft haben Verbindungen aufgezeigt zwischen Migrationsphase, Einwanderungsstatus und psychischen Erkrankungen. Erschwert wird die Behandlung dieser Patientengruppen durch die „politisch korrekte“ Haltung von Therapeuten, die angeben, keinen Unterschied in der Behandlung von Deutschen und Migranten zu machen. Gerade diese „Gleichheits-Ideologie“ kann aber Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten hervorrufen.

In einer zunehmend globalisierten Welt wird unser Leben von Mobilität und Bewegung getrieben. Etwa 214 Millionen Menschen sind weltweit unterwegs (IOM 2012), von denen 15,1 Millionen in Deutschland fern ihrer Heimat leben (Lay/Rössler 2011: 98). Während etwa in Großbritannien Immigranten entsprechend ethnischer Zuordnung klassifiziert werden („Asians“, „Caribians“), unterscheidet hierzulande die amtliche Rhetorik „Inländer“ von „Ausländern“.

Die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts über die „ausländische oder in Deutschland geborene ausländische Bevölkerung“ verzeichnet den höchsten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei (1,6 Millionen), gefolgt von russischen Aussiedlern (300.000), Menschen aus diversen afrikanischen Ländern (ca. 267.100) sowie aus Nordamerika (ca. 200.000), Südamerika (ca. 120.000), Vorderasien (ca. 270.000) und Süd- und Südostasien (ca. 303.000) (Bundesamt 2012: 27ff.).

Ethnologische Migrationsforscher konstatieren jedoch einen Trend zur „Super-Diversifizierung“ europäischer Einwanderungsländer, der sich mit den amtlichen Klassifizierungen von Immigranten nicht sachgerecht erfassen läßt (Vertovec 2007). Verwaltungskategorien wie „Ethnie“ oder „Ausländer“ bringen die höchst unterschiedlichen Erfahrungen des Migrationsprozesses und des Lebens in der Fremde oder als Fremde in der Heimat (z.B. zweite und dritte Generation von Immigranten) zum Verschwinden.

So können die Motive und Gründe für eine Migration höchst unterschiedlich sein, z.B. Wirtschafts-/Arbeitsmigration, Familienzusammenführung (Heirat, Nachzug von Kindern), erzwungene Migration (z.B. Prostitution), Flucht wegen politischer Verfolgung, Asylsuche oder Bildung (Studium). Dementsprechend spielt der unterschiedliche Status

von Migranten (eingebürgert, zeitlich begrenzte Aufenthaltsgenehmigung, Asylverfahren oder undokumentierter Aufenthalt in der Illegalität) eine große Rolle, ebenso Alter und Geschlecht, ungleiche Positionierungen auf dem Arbeitsmarkt, unterschiedliche regionale Besonderheiten und der wechselhafte – nicht selten fremdenfeindliche – Umgang mit „Ausländern“ durch staatliche Behörden, Mitbürger und Dienstleister (Vertovec 2007: 1025).

Sowohl die Gründe für eine Migration als auch die Rahmenbedingungen der Einwanderung und des Lebens in Deutschland sind für das Verständnis psychosozialer Probleme von Migranten ebenso wichtig, wie die diversen kulturellen Orientierungen, darunter auch Auffassungen von Krankheit und Gesundheit, die Migranten mitbringen.

### Gesundheitswesen als Mikrokosmos

Migration verändert nicht nur das Leben von Migranten, sondern trägt wesentlich zur Vervielfältigung und kulturellen Heterogenisierung des Einwanderungslandes bei. Das deutsche Gesundheitssystem erscheint als ein Mikrokosmos einer zunehmend vielfältiger werdenden Gesellschaft, die von denselben Kontroversen um Kultur, Integration des Andersartigen und die Wahrnehmung von der Zunahme psychische Erkrankungen beherrscht wird, wie sie die deutsche Öffentlichkeit insgesamt beschäftigen (Heinz/Kluge 2012).

So thematisiert die mediale Berichterstattung seit einigen Jahren auch verstärkt den Zusammenhang von Migration und psychischen Belastungen. Die besondere Herausforderung für die Psychiatrie bzw. die psychotherapeutische Praxis wird darin gesehen, mit Patienten zu arbeiten, die – auch im Sinne deutscher Laienkonzeptionen – fremdartige Konzeptionen ihres Missbefindens artikulieren; außerdem

### Herkunftsländer von Immigranten in Deutschland

Europa (EU + EU-Anwärter)	ca. 5,5 Mio
davon Türkei	1,6 Mio
Russ. Aussiedler	ca. 300 000
Afrika	ca. 267 100
Nordamerika	ca. 200 000
Südamerika	ca. 120 000
Vorderasien	ca. 270 000
Süd- und Südostasien (inkl. Sri Lanka, Indien, Pakistan & Vietnam)	ca. 303 000



Quelle: Statistisches Bundesamt 2012

**In Deutschland wird – ungeachtet der verschiedenen ethnischen Herkunft von Migranten – nur zwischen „Inländern“ und „Ausländern“ unterschieden.**

beherrschen Patienten mit Migrationshintergrund die deutsche Sprache oft nur rudimentär oder gar nicht. Während dieser Umstand als eine von mehreren Barrieren für den Zugang von Migranten zur Gesundheitsversorgung angeführt wird, wächst im öffentlichen Gesundheitssystem andererseits die Zahl von Psychiatern und Psychotherapeutinnen mit Migrationshintergrund.

Am sichtbarsten treten türkischsprachige Therapeutinnen und Therapeuten in Erscheinung, die die Versorgung der größten in Deutschland vertretenen Gruppe von

## Sonnenberger Leitlinien

- Erleichterung Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen
- Bildung multikultureller Behandlerteams
- Fachdolmetscher
- Beteiligung der Angehörigen
- Kultursensible Behandlung
- Aufnahme transkulturelle Psychiatrie in Curriculum

Quelle: Prof. Dr. Helene Basu



**Mit den Sonnenberger Leitlinien ist 2002 ein Programm für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten formuliert worden.**

Einwanderern durch muttersprachliche Behandlungen zu verbessern suchen (z.B. Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit, DTGPP).

Im Bereich der Psychiatrie tritt die Pluralisierung des Gesundheitssystems besonders deutlich zutage. Begriffe wie „Transkulturelle Psychiatrie“ und „interkulturelle Psychotherapie“ verweisen auf ein erweitertes Verständnis von klinischen Praktikern, die kulturell variierende Diskurse von Krankheit und Gesundheit, Konzeptionen des Selbst und der Bedeutung von verwandtschaftlichen und religiösen Beziehungen in ihren Behandlungen zu berücksichtigen suchen (Wohlfahrt and Zaumseil 2006; Machleidt/Heinz 2010; Assion 2005).

Im Jahr 2002 verfassten transkulturell orientierte Psychiater ein Programm für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland (Machleidt, Salman, and Callies 2006). Die sogenannten zwölf „Sonnenberger Leitlinien“ fordern unter anderem neue Qualitäten wie „Kultursensibilität“ und „Kulturkompetenz“, die Bildung multikultureller Behandlerteams, den Einsatz ausgebildeter Dolmetscher in Behandlungen und die Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie in das Curriculum von Hochschulen (Machleidt et al. 2010: 136). Inzwischen arbeitet eine Reihe von psychiatrischen Institutionen in Deutschland trans- oder interkulturell, gelegentlich auch unter Einbindung von Ethnologinnen in multi-professionellen Teams.

Haben Migranten ein erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken? Diese Frage wird in der interdisziplinären Forschung zu Migration und Krankheit kontrovers diskutiert. Eine Position betont Erfahrungen sozialer Benachteiligung im Aufnahmeland als potentielles Gesundheitsrisiko. Xenophobie und Formen von sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung, Statusverlust in der Aufnahmegesellschaft und Verweigerung von Anerkennung, Armut und unsichere Lebensverhältnisse sowie sexuelle Ausbeutung durch Prostitution werden in der medizinethnologischen Literatur als Faktoren angeführt, die die Entstehung von psychischen Krankheiten begünstigen können (z.B. Kronsteiner 2009; Weiss 2003).

Wenn das Streben nach Autonomie und Leistungsoptimierung in der deutschen Bevölkerung ein „erschöpftes Selbst“ (Ehrenberg 2008) hervorbringt, dann produziert der Kampf um Überleben und Anerkennung in der Aufnahmegesellschaft nicht selten einen „erschöpften Migranten“ (Weiss 2003: 99).

Eine zweite Position problematisiert den Migrationsprozess selbst als potenziell belastend oder sogar krankmachend. Um die Belastungen des Migrationsprozesses zu erfassen, wird in der transkulturellen Psychiatrie vielfach das Vier-Phasen-Modell von Carlo Sluzki verwendet (Sluzki 1979). Dieses Modell liefert ein wichtiges Instrument der kulturübergreifenden Analyse von Migration im Sinne von Prozessen, die nicht allein das Individuum, sondern auch die Familie bzw. das gesamte soziale Umfeld von Menschen in mobilen Lebenssituationen involviert; der Migrationsprozess wird als sich über mehrere Generationen erstreckend verstanden (Sluzki 1979).

### Phasen des Migrationsprozesses

Migration erzeugt Stress, jedoch gehen Menschen unterschiedlich damit um. Abhängig von kulturellen und sozialen Orientierungen greifen Migranten auf unterschiedliche Ressourcen zurück, um die Herausforderungen von Mobilität, Veränderung, Trennung von Bekanntem und dem Einlassen auf Neues zu bewältigen. Diese Herausforderungen werden in verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses – der weder auf den einzelnen Lebenslauf noch auf eine Generation beschränkt ist – unterschiedlich erlebt und können zu familiären Krisen, Generations- und Genderkonflikten und individuellen psychischen Erkrankungen führen.

In der ersten Phase wird die Entscheidung und Vorbereitung zur Auswanderung getroffen. Dies kann familiäre

Rollen neu organisieren, in dem z.B. ein Familienmitglied mit der Aufgabe oder Verantwortung der Migration betraut wird. Fragen, die sich stellen sind: Will man sein Land, seinen Wohnort aus negativen oder positiven Gründen (Flucht/Hoffnung) verlassen? Oder: Wer erlebt die Migration am meisten als Verlust, die Fortgehenden oder die Zurückbleibenden? Oder: Wird man schuldig, weil man gehen kann, andere aber nicht?

In der zweiten Phase, dem ‚Akt der Migration‘ – den Ethnologen auch als „Übergangsphase“ mit ihren besonderen Gefahren der Liminalität bezeichnen – ist mit anderem Stress verbunden. Es werden neue Beziehungen mit Menschen in der gleichen Situation geknüpft und die Beziehungen zu den Zurückgelassenen neu konfiguriert („Brücken abbrechen“, „wir kommen bald wieder“, oder „bald kommt ihr nach“). Je nach der Herkunftsregion oder der sozialen Zugehörigkeit lauern in dieser Phase besondere Gefahren, etwa durch Schlepper, riskante Meeresüberquerungen, die auch zum Tode führen können oder die Ankunft in der Illegalität.

### **Kulturschock führt zu Überkompensierung**

Daran schließt eine Phase der „Überkompensierung“ an, in der die oberste Priorität einer Familie (oder einer Gruppe von jungen Männern aus der selben Region) von schierem Überlebenswillen gekennzeichnet ist. Die Ankunft in der Fremde – Menschen sehen anders aus, sie sprechen eine oftmals unbekannte Sprache, es herrschen andere Regeln – kann eine schockhafte Wirkung haben („Kulturschock“). Als Konsequenz schließen sich Familien oder Gruppen enger zusammen, Dissonanzen und Konflikte werden möglichst überdeckt. Diese Phase kann äußerst krisenhaft erlebt werden, gegen die man sich durch verstärkten Rückbezug auf eigene Normen und Lebensweisen zu wehren sucht.

Erst die folgende Phase aber ist die der eigentlichen „Krise“ (Dekompensierung). Dies ist die Zeit, in der sich die Familienmitglieder in der neuen Situation einrichten (oder eingerichtet haben), Kompromisse schließen, Erwartungen auf wirtschaftlichen Erfolg und andere soziale Mobilität enttäuscht oder erfüllt werden, gleichzeitig aber Beziehungen zur Herkunftsgesellschaft nicht aufgegeben werden. Daraus können Konflikte um die Gültigkeit von Normen entstehen, insbesondere in Bezug auf Gender-Hierarchie und Kindererziehung. Die zweite Generation erlebt sich oftmals als ‚zwischen Kulturen‘ lebend. In dieser Phase, so die Erfahrung von Psychiatern und Psychothe-

## **Vier-Phasen-Modell der Migration**

- Vorbereitung
- Akt der Migration
- Ankunft und „Überkompensation“
- Krise und „Dekompensation“



Quelle: Prof. Dr. Helene Basu

### **Das Vier-Phasen-Modell von Carlo Sluzki stellt ein Instrument der kulturübergreifenden Analyse von Migration im Sinne von Prozessen dar.**

rapeuten, treten innerfamiliäre Konflikte und psychische Erkrankungen einzelner Mitglieder besonders häufig auf.

Dieses Modell von Migration als Generationen-übergreifender Prozess ermöglicht ein differenziertes Verständnis der psychischen und sozialen Konflikte von Migranten, da es die Situation – die Migrationsphase – mit ihren jeweiligen Herausforderungen und potenziellen Krisen spezifiziert. Das Modell bietet darüber hinaus auch einen sinnvollen Rahmen, um andere Aktivitäten von Migranten zu verstehen, die vorzugsweise von Ethnologen untersucht werden. Dazu zählt zum Beispiel, wie sich Migranten-Gemeinschaften in der dritten Phase unter Bezugnahme auf die Herkunftsregion, Sprache oder Religion bilden (Werbner 1990); oder wie der „Kulturschock“ in der zweiten Phase relativiert wird, wenn Migranten nicht in der Fremde, sondern in bereits bestehende verwandtschaftliche oder freundschaftliche Netzwerke aus der Heimatregion ankommen (Basu 2010c ; Kronsteiner 2003; 2009).

### **Phase des Migrationsprozesses und Krankheit**

Klinische Studien zur Distribution von Krankheitsbildern (z.B. Drogenabhängigkeit, Suizid, Depression oder Psychosen) unter Migrantenpopulationen verschiedener nationaler Herkunft zeigen Verbindungen auf zwischen Phasen im Migrationsprozess, Einwanderungsstatus in Deutschland und psychischen Erkrankungen.

So nehmen beispielsweise Russlanddeutsche Aussiedler unter Migrantenpopulationen in Deutschland aufgrund ihrer auf ethnischen Kriterien beruhenden Definition von staatsbürgerlicher Zugehörigkeit eine Sonderstellung ein. Vitalij Kazin führte in der psychiatrischen Klinik von Kaufbeuren eine aufschlussreiche Untersuchung mit Hilfe des Sluzki'schen Modells unter jugendlichen Spätaussied-

lern durch, bei denen er ein erhöhtes und mit dem Migrationsprozess zusammenhängendes Risiko feststellte, an Drogensucht zu erkranken (Kazin 2006). Dies führt der Autor unter anderem darauf zurück, dass Erwachsene die Entscheidung zur Auswanderung trafen, ohne ihre Kinder in den Entscheidungsprozess in der Vorbereitungsphase mit einzubeziehen.

So fühlten sich von den Probanden seiner Studie 80% der überwiegend männlichen Heroinabhängigen von ihren Eltern zur Migration gezwungen. Anders als diese, die über Generationen ein Bild von Deutschland als ihrer „Heimat“ aufrechterhalten hatten, bedeutete die Migration für die Jugendlichen eine erzwungene Trennung von emotionalen Bindungen und das Verlassen ihrer vertrauten Lebenswelt. Die Enttäuschung, die ihre Eltern nach ihrer Ankunft in Deutschland erlebten, wo sie nicht „Heimgekehrte“, sondern Fremde – und oft in Baracken und Lager Ausgegrenzte – blieben, erschwerte Kindern und Jugendlichen den Zugang in die deutsche Gesellschaft. Viele erlebten sich als orientierungslos, da ihre Sozialisation sie nicht auf die neue Lebenssituation vorbereitet hatte – diese Jugendlichen „emigrieren aus der Familie“, indem es sie zur Entdeckung der „neuen Welt [...] der Drogenkultur [...] im Einwanderungsland drängt“ (Kazin 2006: 16).

### **Konflikte durch traditionelle Rollenerwartungen**

Forschungen in Bezug auf Suizid bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund verweisen einerseits auf eine im Vergleich zur deutschen Bevölkerung niedrigere Freitodrate unter Männern, während sie unter jungen türkischen Frauen höher ist (Razum/Zeeb 2004; Koch/Pfeiffer 2000). Als Erklärung für die niedrigere Suizidrate unter Männern lässt sich unter anderem der starke soziale Zusammenhalt in der Migration sowie die religiöse Tabuisierung des Freitods anführen (Razum/Zeeb 2004: 1096).

Junge türkische Frauen der zweiten und dritten Generation erleben dagegen oftmals Konflikte durch traditionelle Rollenerwartungen von Seiten der Familie und Anforderungen an selbstbestimmte Lebensentwürfe aus der deutschen Gesellschaft andererseits (Schouler-Ocak and Hibbeler 2010). Klinische Studien zur Depression verweisen auf einen Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit, Status und Alter von Menschen mit Migrationshintergrund, wie eine Querschnittstudie von Aichberger, Schouler-Ocak gezeigt hat (Aichberger et al. 2012). Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Flüchtlinge, Asylsuchende) sind

häufig von Traumatisierungen betroffen (Forster 2003). Obgleich Psychiater und Psychotherapeuten noch immer zahlreiche Zugangsbarrieren konstatieren, so hat sich in den letzten Jahren gleichwohl das Angebot psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund sichtbar erweitert. In Deutschland nimmt die Zahl von psychiatrischen Kliniken, die trans- oder interkulturell arbeiten stetig zu (z.B. AG Transkulturelle Psychiatrie an der Charité in Berlin, Vitos Klinik für Psychiatrie in Marburg, Klinik für Psychiatrie Kaufbeuren u.a.).

Über Probleme der Kommunikation, die gleichwohl auch in interkulturell orientierten bzw. kultursensibel praktizierten psychotherapeutischen Situationen auftreten können, gibt eine von Ali Kemal Gün durchgeführte Studie Aufschluss (Gün 2007). Er zeigt u.a. auf, dass und wie Patienten ihre Konflikte im Sinne kultureller Differenz artikulieren und dabei auch auf kulturalisierende Diskurse zurückgreifen. In therapeutischen Situationen können Konzepte wie „Kultur“ oder „Muttersprachlichkeit“ zu Referenzen der Selbst- und Fremdidentifikation werden, die die Kommunikation in der Therapie behindern.

Ein Fallbeispiel dieser Studie betrifft eine 33 Jahre alte Frau, deren Eltern als Arbeitsmigranten aus einem ländlichen Gebiet des kurdischen Teils der Türkei nach Deutschland kamen. Sie wurde in der Türkei geboren und verbrachte ihre ersten Lebensjahre bei den Großeltern. Mit fünf Jahren nahmen ihre Eltern sie zu sich nach Deutschland. Die Patientin litt unter „einer angstneurotischen Entwicklung und psychosomatischen Beschwerden“ (Gün 2007: 43). Sie befand sich zum Zeitpunkt des Interviews, das Gün in deutscher Sprache mit ihr führte, seit vier Jahren in ambulanter Behandlung (bei drei deutschen Therapeutinnen und zwei muttersprachlichen Therapeuten) und war bereits zweimal stationär behandelt worden.

Die Patientin stellte sich mit den Worten vor: „Ich komme aus der Türkei und bin kurdischer Volksabstammung“ (Gün 2007: 43). Sie situierte sich selbst im Kontext des konfliktbeladenen Themas kurdischer versus türkischer Identität. Im weiteren Verlauf des Interviews spricht die Patientin über ihre enttäuschten Erwartungen in die Therapie, was sie auf „Kulturunterschiede“ zurückführt (Gün 2007: 44). Die deutschen Therapeutinnen hätten die „Kulturunterschiede“ zwischen deutschen und türkischen oder kurdischen Menschen nicht sehen wollen. Auf Nachfragen durch den Interviewer spricht sie über verschiedene weibliche Rollenanforderungen – von ihren Freundinnen aus



der Schulzeit werde erwartet, dass sie mit 18 Jahren selbstständig seien, während in „unseren Familien“ Mädchen „zu der nächsten Abhängigkeit“ gehen, d.h. heiraten. Dies habe ihre deutsche Therapeutin nicht verstanden, sondern vielmehr erwartet, sie müsse selbstständig werden.

Im Laufe der Therapie kommen die Patientin und ihre Therapeutin überein, dass sie einen „Therapeuten ihres Landes“ konsultieren solle, mit dem, wie sie meinte, sich „besser einigen“ könne. Gün interpretiert diese Interaktion als Ausdruck gegenseitiger Unsicherheit: „Die eine ist nicht sicher, ob sie von ihrer Therapeutin ‚richtig‘ verstanden wird, und die andere, ob sie ihre Patientin ‚richtig‘ versteht“ (Gün 2007: 46).

Die Patientin erklärte, dass sie sich „so zwischen den Kulturen so irgendwie hin und hergerissen [sich] fühle“. Einmal „habe“ sie die deutsche Kultur und „dann teilweise auch so die türkische oder kurdische Kultur“ (Gün 2007: 47). Aber auch eine Therapie bei einem türkischsprachigen Therapeuten half ihr nicht weiter, denn auch von diesem fühlte sie sich nicht verstanden. Jetzt empfand sie den Anspruch des Therapeuten auf männliche Dominanz – dass er „Autorität über sie“ haben wolle – als hinderlich (Gün 2007: 47).

### **Abwehr ist tatsächlich Kampf um Anerkennung**

Güns psychoanalytisch orientierter Interpretation entsprechend vermeidet die Patientin die Konfrontation mit ihren inneren Konflikten. Sie verlegt die „Lösung ihres Problems in die Außenwelt“, indem sie sich von keinem verstanden fühlt – von den deutschen Therapeuten aus kulturellen Gründen nicht, von dem türkischen fühlt sie sich als Frau missachtet. „Sie pendelt zwischen deutschen und muttersprachlichen Therapeuten hin und her, so wie sie zwischen zwei Kulturen hin und her pendelt“. Aber, sagt Gün, aus dem „vermeintlichen Kulturkonflikt wird so ein Geschlechtskonflikt“ (Gün 2007: 53).

Die in psychoanalytischer Deutung als Abwehr erscheinende Haltung der Patientin aber artikuliert die Grundproblematik auch vieler nicht-psychisch kranker Migranten: den Kampf um Anerkennung „ihrer Besonderheit in kultureller, nationaler sowie geschlechtsspezifischer Hinsicht“ (Gün 2007: 56). Diese Problematik wird unter anderem von der in Deutschland dominierenden „Gleichheits-Ideologie“ angefacht, die Differenz einerseits leugnet, andererseits das „Fremde“ (Ungleiche) als „nicht-integrierbar“ abspaltet. Eine solche Haltung artikulierten auch deutsche und

ebenfalls von Ali Kemal Gün interviewte Therapeuten. Sie behaupteten, keinen Unterschied in der Behandlung zwischen deutschen und Patienten mit Migrationshintergrund zu machen. Genau diese „politisch korrekte“ Haltung aber, die Unsicherheiten, Vorurteile und Ressentiments verdeckte, führte zu Missverständnissen zwischen Ärzten und Patienten – wie der gerade geschilderte Fall illustriert.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Diversifizierung der Gesellschaft sich auch und gerade im öffentlichen Gesundheitssystem abspielt. Migration kann Ressourcen mobilisieren und neue Chancen eröffnen, aber sie ist zugleich mit Risiken für die psychische Gesundheit verbunden. Um die Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund in dieser Hinsicht besser zu verstehen, bedarf es weiterer interdisziplinärer Forschungen, die Krankheitsbilder, kulturelle Hintergründe, soziale Situierung und Erfahrungen der Migration vergleichend in den Blick nehmen.

Literatur bei der Autorin

E-Mail-Kontakt: hbasu\_01@uni-muenster.de

### **PROFESSOR DR. HELENE BASU**

*Prof. Dr. Helene Basu lehrt Ethnologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Sie promovierte 1993 und habilitierte sich 2001 an der Freien Universität. Gegenwärtig führt sie vergleichende Forschungen zu Themen psychischer Gesundheit, Religion und Migration in Indien und Deutschland durch. Seit 2007 leitet sie ein Forschungsprojekt im Exzellenzcluster „Religion und Politik in vormodernen und modernen Kulturen“ an der Westfälischen-Wilhelms-Universität.*

